

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE 376
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

**TABES
ET FONCTION DE REPRODUCTION**

Le Sens génital, la Fécondité
et la Descendance des Femmes Tabétiques

PAR
Emile DUTERTRE

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, Boulevard Saint-Germain, 91

1921

576

878



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547501_0094

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

TABES
ET FONCTION DE REPRODUCTION

Le Sens génital, la Fécondité
et la Descendance des Femmes Tabétiques

PAR
Emile DUTERTRE

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, Boulevard Saint-Germain, 91

1921



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER

	MM.
Anatomie descriptive.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Histologie.....	PRENANT.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Chimie.....	DESGREZ.
Physique.....	André BROCA.
Parasitologie.....	BRUMPT.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Physiologie.....	RICHET.
Pathologie expérimentale.....	ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie externe.....	LECÈNE.
Pathologie interne.....	RÉNON.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Opérations et appareils.....	Pierre DUVAL.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine.....	MÉNÉTRIÉR.
Cliniques médicales....	Hôtel-Dieu.....
	Beaujon.....
	Cochin.....
Clinique thérapeutique de la Pitié.....	Saint-Antoine.....
	Hôtel-Dieu.....
Cliniques chirurgicales....	Saint-Antoine.....
	Cochin.....
	Salpêtrière.....
	Tarnier.....
Clinique obstétricale....	Baudelocque.....
	Pitié.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
— des maladies infectieuses.....	
— des maladies nerveuses.....	
— des maladies mentales.....	
— infantile médicale.....	
— d'hygiène de la première enfance.....	
— infantile chirurgicale.....	
— des voies urinaires.....	
— gynécologique.....	
— ophtalmologique.....	
— oto-rhino-laryngologique.....	
Physiologie appliquée à l'éducation physique.....	
Stomatologie.....	

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			
ABRAMI.	DESMARETS.	LAIGNEL-LAVASTINE.	PHILIBERT.
ALGLAVE.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
BASSET.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RETTERER.
BAUDUIN.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE	GOUGEROT.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BRANCA.	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
CAMUS (J.).	GUILAIN.	LERI.	ROUVIÈRE.
CHEVASSU.	GUILLEMINOT.	LÉVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHAMPY.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHIRAY.	HEITZ-BOYER.	METZER.	TERRIEN.
CLERC.	JEANNIN.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
DEBRÉ.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Filial Hommage

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

PROFESSEUR HAYEM.

PROFESSEUR SEGOND (*in Memoriam*).

DOCTEUR BOURCY (*in Memoriam*).

PROFESSEUR QUENU.

PROFESSEUR LEGUEU.

PROFESSEUR COUVELAIRE.

PROFESSEUR MARFAN.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE.

Témoignage de reconnaissance.

TABES

ET FONCTION DE REPRODUCTION

Le Sens Génital, la Fécondité et la Descendance des Femmes Tabétiques

L'Idée première de ce travail nous a été inspirée par notre Maître, Monsieur le Professeur Couvelaire, qui a bien voulu conduire nos efforts et diriger nos recherches.

Qu'il trouve ici l'hommage de notre profonde gratitude !

En acceptant la présidence de notre thèse, il nous a fait le plus grand honneur qu'il pouvait nous accorder.

Nous tenons également à remercier ici, pour les précieuses indications qu'il nous a fournies, M. le Docteur Hidden, moniteur d'accouchement à la Clinique Baudelocque.

AVANT-PROPOS

Les récents travaux de Mme Chatelin-Peltier et de M. S. Pelosof viennent de remettre à l'ordre du jour l'importante question de l'influence réciproque du *Tabes Dorsalis* et de l'*Etat Puerpéral*.

A vrai dire, cette question n'a été assez bien étudiée que depuis un temps relativement récent : car, c'est seulement en 1896 que Thomas Wilson a rapporté la première observation d'une malade tabétique ayant eu plusieurs accouchements. Depuis cette date, les observations et les études se sont succédé, jetant une lumière de plus en plus vive sur les rapports du tabes avec la gravidité.

Quand, en 1858, Duchenne (de Boulogne) décrivit si complètement l'affection qu'il dénomme « Ataxie locomotive progressive », il sembla que rien ne pouvait être ajouté à l'étude magistrale de notre éminent concitoyen.

Avant lui, Landry avait bien décrit une maladie nerveuse qu'il avait appelée « Paralyse du sentiment d'activité musculaire » ; et Romberg avait donné, en 1851, dans

son « *Lehrbuch der Nervenkrankheiten* » une analyse presque complète de la maladie qu'il appela « *Tabes dorsalis* », dénomination qui devait seule être conservée pendant longtemps. L'affection nouvelle fut l'objet de nombreux travaux et de multiples discussions s'engagèrent tant sur sa pathogénie que sur sa symptomatologie et son traitement. Cependant, ces recherches diverses avaient complètement laissé de côté un chapitre important des complications de cette affection, celui des rapports du tabes avec la gestation, avec la puerpéralité.

Successivement, Lichkus, en 1885, Mirabeau, en 1902, puis Cohn, Heitz, Médail, Lyle, Grenier de Cardenal dans sa thèse en 1903, ainsi que nombre d'autres auteurs, étudièrent l'influence du tabes soit sur la gestation, soit sur l'accouchement : toutes leurs observations et études montraient la difficulté du diagnostic entre les crises gastriques tabétiques et les vomissements incœrcibles du début de la gestation ou bien mettaient en lumière cette particularité curieuse de tabétiques accouchant sans douleurs.

En fait, un point essentiel avait été négligé dans cette étude des relations du tabes avec la puerpéralité, point qui, de par les terribles ravages que la dernière guerre — si longue et si cruelle ! — a causés dans la race humaine, a soudain acquis une importance primordiale : il s'agit de l'influence du tabes sur la fécondité et sur la descendance des femmes tabétiques.

Quelle est l'influence du tabes sur la fécondité des femmes ?

Quelle est la valeur et quel est l'avenir du produit des femmes tabétiques ?

Ce sont ces deux questions qui ont retenu notre attention et qui vont faire l'objet de cette étude.

Avant de les traiter, il nous semble, toutefois, utile de préciser la valeur *clinique* du mot « tabes ».

On ne désigne plus aujourd'hui, sous ce nom, l'unique ataxie locomotive, comme l'avait fait Duchenne, ataxie qui n'est, le plus souvent, qu'un des symptômes tardifs de cette affection.

On admet maintenant, en effet, que le tabes n'est autre chose qu'une méningo-myélite postérieure syphilitique, à symptômes multiples.

Jusqu'à présent, les observations faites, pendant leur grossesse, ou lors de gestations antérieures, sur des femmes atteintes d'un tabes frusté ou à son début, sont en trop petit nombre pour que l'on en puisse tirer des conclusions valables ; en outre, nous savons qu'il est souvent difficile de dépister cette affection à son début : nous méfiant de tout diagnostic précoce, nous écarterons de notre statistique tous les cas incertains et n'étudierons l'influence du tabes sur la fonction de reproduction que chez des femmes ayant présenté des signes manifestes de la lésion méningo-médullaire et chez lesquelles le diagnostic de tabes a été nettement confirmé.

CHAPITRE 1^{er}

Le sens génital chez les tabétiques

On peut affirmer, aujourd'hui, que le *tabes* a un retentissement assez considérable sur la fécondité des femmes atteintes par cette grave affection.

Pour justifier cette affirmation, il est nécessaire d'étudier en détail les divers actes de la fécondation et de rechercher si la lésion médullaire peut troubler les voies de la nature.

Il est patent que le *tabes* est une cause de frigidité. A l'opposé des crises génitales actives de la paralysie générale, — caractérisées par du priapisme, de l'excitation, de l'obsession génitale, de la lubricité, — les femmes tabétiques se font remarquer par le manque de désir, de volupté, de spasme vénérien : ce qui fait qu'elles s'éloignent des rapports sexuels. Cet état de frigidité est cependant précédé, parfois, d'un état d'excitation génésique passager. Mais la frigidité existe presque toujours ; et, de ce fait, il y a incontestablement un déficit génital important. Nombreuses sont les observations qui en témoignent :

Celle de Mirabeau rapporte que « les sensations sexuelles manquent ; mais que, cependant, la malade supporte les rapports sexuels avec son mari à cause du désir qu'a celui-ci d'avoir un enfant. »

Observation Chatelin-Peltier (résumée).

« Tabétique ataxique, ayant eu un accouchement indolore le 5 avril 1920.

« Depuis 1916, la malade accuse une frigidity très nette. Elle s'est aperçue de la perte de la sensation voluptueuse avant que ne soit survenue l'absence de désir sexuel. Nous avons recherché avec une particulière minutie l'état de la sensibilité vaginale et périnéale : la malade sent parfaitement le contact du doigt explorant le canal vaginal ; elle distingue le contact qu'elle différencie de la piqure et reconnaît parfaitement les tubes chauds ou froids introduits dans le vagin. L'introduction du spéculum donne une sensation de distension désagréable. — La sensibilité du col est émoussée, normale en somme. — Les sensibilités superficielles sont intactes sur toute la région ano-périnéale. — Nous n'avons pas trouvé le réflexe vulvaire. — Le réflexe anal est entièrement aboli. »

Cette observation démontre que, chez cette malade, la frigidity ne provient pas de l'anesthésie du vagin ou de la vulve dont, au contraire, la sensibilité est bien conservée.

La malade de Heitz, présentant une frigidity accentuée, avait également une sensibilité vulvaire et vaginale intégrale.

Observation de S. Pelosof (Résumée) :

« Malade ataxique. — Première grossesse à 32 ans. — N'a presque pas senti remuer l'enfant. — Accouchement

« à terme. — Enfant vivant, pesant 2.140 grammes. — Frigidité marquée. — La sensibilité de la vulve n'est pas abolie, mais diminuée légèrement. »

A quoi donc attribuer une telle frigidité chez des malades, dépourvues de tous désirs et plaisirs sexuels, — et qui, pourtant, ont conservé une sensibilité normale ou simplement diminuée de leurs organes génitaux externes ?

On est tout naturellement amené à penser à un trouble de la fonction ovarienne, — cause qui serait ainsi en liaison directe avec la frigidité. En effet, quelques observations de tabétiques — encore peu nombreuses, il est vrai — ont montré la coexistence de dysménorrhée ou d'aménorrhée avec la frigidité.

Observation Heitz :

« Mme F..., âgée de 42 ans, mariée à 20 ans, a eu d'un premier mari cinq enfants, tous atteints d'ictère, dont quatre seraient morts de méningite. — Ne se souvient pas d'avoir eu d'accidents spécifiques.

« D'un second mari, mort tuberculeux, elle a eu, au début de son tabes, un sixième enfant, mort à un an de la coqueluche.

« Tous les enfants nés à terme, en sommet. — Les grossesses sont rendues pénibles par des douleurs de reins. — Les mouvements actifs sont perçus vers le quatrième mois.

« Accouchements longs et difficiles. — A nourri tous ses enfants au sein. — Le tabes a débuté, il y a onze ans, par des douleurs fréquentes et très vives dans les membres inférieurs. — Puis, incoordination ; puis, marche impossible.

« En septembre 1900, cécité.

« Actuellement, incoordination des quatre membres. —

« Hypotonie considérable et perte totale du sens musculaire. — Réflexes absents. — Atrophie musculaire très avancée. — Paralysie du voile du palais et de la corde vocale à gauche. — Troubles de la sensibilité cutanée très prononcés. — Anesthésie au toucher sur le tronc. — Hyperesthésie des membres. — Chaud, pas perçu. — Le froid l'est très douloureusement. — Constipation. — Incontinence habituelle d'urine. — *Frigidité génitale complète depuis le début de son tabes.* — *Sensibilité vaginale intégrale.* — Elle a eu deux nouvelles grossesses : une, il y a six ans ; l'autre, l'année suivante. *Réglée irrégulièrement, elle ne s'aperçoit pas du début de ses grossesses.* »

Observation de la Clinique Baudelocque — Année 1921
N° 969 (Inédite) :

« Mme C..., plumassière, 43 ans.
« Procréateur : armurier, 46 ans. Même procréateur pour toutes les gestations.
« Date de l'entrée au dortoir : 19 mai 1921.
« ANTÉCÉDENTS :
« HÉRÉDITAIRES : Père, 73 ans, bien portant. Mère, morte à 60 ans de congestion pulmonaire (?)
« PHYSIOLOGIQUES : Elevée au biberon. — A toujours bien marché jusqu'en 1915. (Depuis, arthropathies). — Réglée à 17 ans, régulièrement pendant 3 ou 4 jours, sans douleur. — Premiers rapports à 21 ans.
« PATHOLOGIQUES : Rougeole dans l'enfance. — Jamais d'autre maladie grave. — N'avait jamais toussé.
« A la suite de la naissance de son cinquième enfant (23 novembre 1914), elle a commencé à avoir des troubles dans l'articulation tibio-tarsienne gauche : Phénomènes douloureux, empêchant la malade de marcher. — OEdème,

« localisé à la cheville. — Un médecin appelé trouve de
« l'albumine dans l'urine et met la malade au régime lacté.
« Presque aussitôt après, apparition de douleurs et d'œdème
« dans l'articulation tibio-tarsienne droite. OEdème remon-
« tant jusqu'au genou qui fut cependant respecté. La ma-
« lade eut des douleurs articulaires tellement intenses qu'il
« fallut avoir recours à la morphine.

« A la suite de la naissance de son sixième enfant
« (3 août 1917), le genou droit fut pris à son tour. Il aug-
« menta considérablement de volume et devint très dou-
« loureux.

« Depuis lors, pas de modifications des phénomènes arti-
« culaires. Les articulations atteintes sont grosses, volumi-
« neuses, avec crises douloureuses spontanées durant par-
« fois une journée, ne se calmant que par l'ingestion d'as-
« pirine.

« Impotence fonctionnelle des membres inférieurs pres-
« que complète. En novembre 1915, la malade fut soignée à
« l'Hôtel-Dieu, pour diplopie. Elle subit pour cela des injec-
« tions dans la fesse : une piqûre tous les deux jours. Elle
« aurait reçu une vingtaine d'injections. Ces piqûres ne
« donnèrent pas de résultat (au dire de la malade). Elle fut
« soignée à l'Hôpital Rotschild par l'électricité, ce qui ame-
« na une guérison rapide.

« *Elle n'a jamais revu ses règles depuis la naissance de*
« *son sixième enfant (août 1917) qu'elle a nourri au sein*
« *durant 14 mois. Elle eut, à ce moment, la grippe et le*
« *retour de ses règles ne se fit pas.*

« En novembre 1920, voyant son ventre grossir, elle se
« croit enceinte et vient consulter à la Clinique Baudelo-
« que. — Depuis quelques jours, elle urinait malgré elle. Le
« cathétérisme de la vessie fait disparaître ces symptômes
« urinaires. Elle n'en a jamais représenté depuis.

« Etat actuel (20 mai 1921).

« Malade un peu pâle, paraissant fatiguée.

« Ventre très saillant, pointant en avant et se soutenant mal, penchant à droite ou à gauche.

« *Membre inférieur droit* : Atrophie des muscles de la loge antérieure de la cuisse. — Développement très considérable du genou qui est fortement dévié en valgus et présente, sur sa face interne, une saillie osseuse très volumineuse. La circonférence du genou, en passant par cette saillie, est de 42 cm (genou sain : 32 cm).

« La jambe est tuméfiée, circonférence : 32 cm (côté sain : 28 cm). — Nombreuses veines apparentes sous la peau, non saillantes. — Cou-de-pied tout à fait déformé : la malléole externe est très saillante en dehors. — Le pied est en valgus, la plante regardant en bas et en dehors. — Les mouvements provoqués de flexion et d'extension sont conservés au niveau du genou. Il existe, en plus, des mouvements de latéralité qui s'accompagnent de craquements.

« A l'articulation tibio-tarsienne droite, la mobilité est très réduite : peu d'extension ou de flexion, pas de latéralité. — Tous ces mouvements ne sont pas douloureux.

« L'articulation tibio-tarsienne gauche est, elle aussi, augmentée de volume, moins cependant que la droite ; le pied a conservé une orientation à peu près normale. Les mouvements d'extension et de flexion s'accompagnent de craquements. — Pas de douleurs.

« *Examen des réflexes* :

« Réflexe rotulien : aboli des deux côtés.

« Réflexe achilléen : aboli des deux côtés.

« Réflexe velo-palatin : conservé.

« Aux membres supérieurs, tous les réflexes sont conservés.

« Les pupilles ne réagissent pas à la lumière (Signe d'Argyll-Robertson).

« La malade conserve difficilement son équilibre, les yeux fermés, et éprouve les plus grandes difficultés pour

« se conduire dans l'obscurité (Signe de Romberg). Elle
« peut difficilement se tenir debout à cause de ses arthro-
« pathies.

« Pas d'hypotonie.

« *Exploration de la sensibilité :*

« A la piqure, perception retardée et manifestement pro-
« longée (paresthésie). — Pas de troubles subjectifs.

« Actuellement, la malade n'a pas de douleurs viscérales,
« musculaires ou osseuses, — sauf, de temps en temps, de
« légères douleurs, lourdeurs sourdes, dans les deux jam-
« bes et qui l'obligent à prendre de l'aspirine.

« Hypo-anesthésie, généralisée aux deux membres in-
« férieurs.

« Il faut piquer la malade avec une certaine énergie pour
« qu'elle sente la piqure, — sans en éprouver, toutefois,
« aucune douleur. — Elle distingue facilement si elle est
« touchée avec la pulpe des doigts ou avec une épingle. —
« Pas de trouble du sens stéréognostique. — Pas de bares-
« thésie : la malade sait reconnaître qu'un objet est plus
« lourd qu'un autre.

« La malade, les yeux fermés, dit exactement dans quelle
« position ont été placés ses membres inférieurs ou supé-
« rieurs. Pas de trouble dans la sensibilité au chaud et au
« froid : la malade ne se trompe jamais pour dire si le
« tube appliqué sur elle est chaud ou froid.

« Pas de troubles de la sensibilité de la région périnéo-
« vulvaire. »

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX :

« 1^{re} gestation : Accouchement le 13 mars 1901. — Spon-
« tané, à terme (à Baudelocque). Fille pesant 3500 gr. Pla-
« centa 500 gr. L'enfant est actuellement vivante, bien
« portante. A été nourrie au sein, a marché à un an.

« 2^e gestation : Accouchement le 3 juin 1903. Spontané

« à terme. Garçon pesant 2500 gr. (?), actuellement vivant, bien portant. A été nourri au sein, a marché à 15 mois.

« 3° *gestation* : Accouchement le 4 septembre 1905, à terme. Fille pesant 6 kilos (?), actuellement vivante, bien portante. A été nourrie au sein et a marché à un an.

« 4° *gestation* : Accouchement le 31 janvier, à Baudelocque. Spontané, à terme. Garçon pesant 4500 gr. Placenta 830 gr. Actuellement vivant, bien portant ; a été nourri au sein ; a marché à dix mois.

« 5° *gestation* : Avortement de six semaines environ, le 10 novembre 1911. — Hémorragie abondante. Transportée à l'hôpital, y subit un curetage le jour même.

« 6° *gestation* : Avortement de six semaines environ en août 1912. Pas d'hémorragie. S'est soignée chez elle en restant au lit pendant huit jours.

« 7° *gestation* : Avortement de six semaines, le 14 juillet 1913. Pas d'hémorragie. La malade est restée au lit pendant quatre jours.

« 8° *gestation* : Accouchement le 23 novembre 1914, spontané, à terme. Garçon pesant 5 kilos, actuellement vivant et bien portant. Nourri au sein, il a marché à 13 mois. La malade a fait de l'albuminurie après l'accouchement.

« 9° *gestation* : Accouchement le 3 août 1917, spontané, à terme, à la Clinique Baudelocque. Fille pesant 4800 gr. Placenta 780 gr. A été nourrie au sein ; a marché à un an. Actuellement vivante et bien portante. Après l'accouchement, la malade a présenté de l'albuminurie, ce qui a nécessité la prolongation de son séjour à la Clinique Baudelocque (2 mois).

« 10° *gestation* : actuelle (5 juin 1921). — Perception des mouvements actifs les premiers jours de janvier 1921. La malade a eu, depuis le début de cette gestation, des vomissements tous les matins ; jamais après les repas. Ces vomissements persistent encore aujourd'hui. Pas d'hé-

« morragie ; pas de pertes blanches au cours de la gestation.

« Urines : Pendant la gestation : pas d'albumine.

« Au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

« *Examen obstétrical* (22 mai 1921) : « Présentation du sommet ; bruits du cœur perçus.

« 5 juin 1921 : A 19 heures, la femme entre à la salle de travail, avec une dilatation d'une petite paume de main ; elle aurait ressenti les premières douleurs nettes aux environs de 17 h. 30. Pendant cette première période, elle aurait eu des douleurs nettement moins vives que lors de ses précédents accouchements. Dès son entrée dans la salle de travail, les douleurs présentent, comme intensité, les mêmes caractères que pour les accouchements antérieurs. La dilatation est complète à 21 heures. On rompt artificiellement les membranes et on fait pousser la femme. Elle éprouve, pour ce faire, d'assez grandes difficultés, ne pouvant pas prendre un point d'appui sérieux sur le plan du lit — du côté droit — en raison de ses arthropathies tibio-tarsiennes et du genou. A 22 heures, elle expulse un enfant du sexe féminin de 4050 gr. qui crie dès sa naissance. La délivrance se fait par extraction simple, à 23 heures. Le placenta, qui pèse 840 gr., a un aspect nettement « chair à saucisse ». Les membranes sont complètes.

« La période de dilatation a duré 3 h. 30.

« La durée totale du travail a été de 4 h. 30.

« L'enfant est bien portant et ne présente aucune tare syphilitique. Il a été vacciné le sixième jour.

« Le 11 juin, il reçoit 2 milligrammes de Sulfarsenol.

« Le 14 juin, il reçoit 4 milligrammes de Sulfarsenol. »

On voit que, dans cette dernière observation, il s'agit d'une femme tabétique (tabes à manifestations surtout arthropathiques) qui n'avait pas revu ses règles depuis plus

de trois ans. Cette aménorrhée ne l'empêcha pas de devenir enceinte plusieurs fois après l'éclosion de son tabes.

Quelle est la part exacte qui revient à l'infection syphilitique dans les troubles de la fonction ovarienne ? C'est ce qu'il est encore impossible de préciser à l'heure présente ; mais il est manifeste qu'elle existe et que le tréponème trouble assez profondément la physiologie de cette glande à double sécrétion qu'est l'ovaire.

Son mauvais fonctionnement doit certainement retentir sur tout l'organisme féminin et contribuer ainsi à produire un état plus ou moins marqué de frigidité, en même temps qu'un grand nombre d'autres manifestations morbides dont la pathogénie est encore mal connue et qui tourmentent si souvent la vie de la femme : car, « *tota mulier est in ovario* ».

CHAPITRE II

La fécondation, la gestation et le produit de conception chez la tabétique

Examinons maintenant quel peut être le retentissement du tabes sur la fécondation et l'évolution de son produit chez la tabétique.

On ne conçoit pas que le tabes puisse être un obstacle au cheminement du spermatozoïde dans les voies génitales de la femme, et il est vraiment inutile de rechercher une cause de stérilité dans cet ordre d'idées.

De plus, il n'est pas encore possible, à l'heure actuelle, de dire si la lésion médullaire peut avoir une influence sur la pénétration — ou la non-pénétration — du spermatozoïde dans l'ovule.

Puisqu'il est établi que ni la frigidité, ni l'aménorrhée ne paraissent être une cause sérieuse de stérilité, — nous devons nous demander s'il n'y a pas d'autres influences pouvant provoquer, chez la femme tabétique, un amoindrissement de la faculté de reproduction.

A ce point de vue, l'âge des tabétiques paraît avoir plus d'importance que les causes précédemment indiquées.

En effet, d'après Fournier, le *tabes* ne commence à se manifester qu'une dizaine d'années environ après l'apparition de l'accident syphilitique initial. Les femmes *tabétiques*, en conséquence, sont déjà d'un âge génital avancé, presque mûr : leurs organes reproducteurs ont vieilli, et leur activité génitale est souvent éteinte quand leur *tabes* commence à se manifester. On peut donc dire que c'est là une cause particulièrement importante de leur stérilité.

Mais celle qui domine toutes les autres, la cause princeps, — celle qui ne peut plus être contestée aujourd'hui, c'est l'intoxication « *in utero* » du produit de conception par le tréponème de Schaudinn.

Et, ici, deux constatations — toutes deux très importantes — sont à faire :

1° Le grand nombre des avortements, des accouchements prématurés ou des macérés chez les *tabétiques*.

(Nous verrons, à la fin de ce chapitre, les chiffres qui confirment cette assertion).

2° Plus le *tabes* est fruste, plus l'infection syphilitique est récente, plus la gestation avorte. — Au contraire, plus le *tabes* est manifeste, plus l'infection syphilitique est ancienne, — plus fréquente est la gestation conduite à terme, avec enfant vivant.

A l'appui de ces affirmations, nous apportons les témoignages qui suivent et que nous avons choisis comme étant les plus démonstratifs.

Rares encore il y a une vingtaine d'années, on peut dire qu'à présent, les observations faites sur des femmes *gravido-tabétiques* sont suffisamment nombreuses pour

ne plus laisser de place au doute, en ce qui concerne l'influence du tabes sur la gestation.

Observation de Heitz (Résumée) .

« Tabes à localisation prédominante sur le cône terminal.
« Deux fausses-couches. Huit grossesses. Mort en bas âge
« de six des enfants ».

Observation Grenier de Cardenal (Résumée) :

« Marie M., fleuriste, 59 ans.

« Antécédents personnels : rien de particulier dans l'enfance ; réglée à 14 ans, assez régulièrement.

« Mariée à 18 ans. Quelque temps après, une fausse-couche.

« Quelques mois plus tard, nouvelle grossesse : accouchement laborieux, enfant mort.

« A 32 ans, douleurs en fusée dans le membre supérieur gauche, Depuis lors, chaque époque menstruelle s'annonce
« une huitaine de jours à l'avance par des douleurs vives
« dans les membres inférieurs ; quelquefois, au contraire,
« ces douleurs suivent les règles.

« A 37 ans, nouvelle grossesse pendant laquelle ces douleurs erratiques disparaissent ; elles reviennent au moment de l'accouchement ; mais celui-ci eut lieu sans leur d'expulsion.

« A 46 ans, sensation de faiblesse et d'engourdissement des membres. Vers la même époque, arthropathies des
« doigts et des orteils.

« Actuellement, incoordination motrice (Signe de Westphal), (Signe de Romberg), (Signe d'Argyll-Robertson ».

Observation Fruhinsholz (Résumée) :

- « Mme L..., âgée de 36 ans.
« Accouchement indolore, le 15 septembre 1910. Grosses-
« ses antérieures à 24 et 26 ans, à terme.
« Troisième grossesse à 28 ans se terminant, au septième
« mois, par l'expulsion d'un fœtus macéré. La malade est
« ataxique et présente le signe de Romberg, très net, — de
« l'inégalité pupillaire et le signe d'Argyll-Robertson. Sou
« dernier enfant est superbe, très bien développé et n'a
« jamais présenté aucune manifestation de syphilis hé-
« réditaire ».

Observation de Thiess :

- « Femme de 39 ans, ayant eu huit grossesses.
« Tabes avancé. Réglée à 24 ans, elle fait un avortement
« la même année. Dans la onzième année de son mariage,
« en 1895, elle fait une fausse-couche de quatre mois ; en
« 1896, une fausse-couche de cinq mois ; en 1897, une
« fausse-couche de six mois. En 1899, accouchement pré-
« maturé de 7 mois, enfant macéré. En 1900, accouchement
« prématuré de 7 mois, l'enfant vit un jour. En 1903, nais-
« sance à terme d'un enfant vivant. Lors de cet accouche-
« ment, la malade n'éprouve pas de douleurs ; et depuis,
« elle a remarqué une faiblesse croissante des jambes, avec
« diminution de la sensibilité. Peu de temps après, elle est
« forcée de garder le lit et présente des troubles de la mic-
« tion et de la défécation, avec diminution de l'acuité vi-
« suelle. Le sens génital est complètement aboli : la malade
« n'éprouve plus aucune sensation pendant le coït.
« Elle eut une huitième grossesse pendant laquelle elle
« ne perçut pas les mouvements de l'enfant ; à la fin de
« cette grossesse, la malade éprouvait subitement une sen-

« sation de pesanteur sur le rectum : la tête progresse sans
« aucune douleur et seulement les cris de l'enfant la ren-
« dent attentive. Délivrance spontanée. Enfant bien cons-
« titué ».

Cette observation est remarquablement typique : cette série de gestations, conduites de plus en plus près du terme et finissant par donner à terme, dans une huitième grossesse, un enfant bien portant, bien constitué — quoique né d'une mère alors manifestement tabétique — démontre, en effet, incontestablement, l'atténuation progressive et croissante de l'infection syphilitique contrastant avec l'aggravation des symptômes tabétiques.

Observation Allen (Résumée) :

« Femme de 37 ans, mariée en 1913. Eut un enfant en
« 1914 ; puis, deux fausses-couches successives et un second
« enfant en 1917. Au cours de cette dernière grossesse, elle
« se présenta au « Los Angeles district Hospital », se plai-
« gnant de difficultés et de douleurs remontant à deux ans.
« Elle présentait les symptômes suivants : Signe d'Argyll-
« Robertson, Signe de Romberg, Signe de Westphal, Réac-
« tion de Wassermann : +, qui firent poser le diagnos-
« tic de tabes. L'accouchement eut lieu à terme. Le pla-
« centa ne présentait pas de lésions syphilitiques. »

Nous rappellerons enfin l'observation de la Clinique Baudelocque, déjà citée plus haut : la femme eut dix gestations. Les quatre premières, antérieures à l'infection syphilitique, furent menées à terme avec enfants vivants. Postérieurement à la quatrième gestation, la femme contracte la syphilis et l'on assiste ensuite à une série de trois fausses couches successives. Puis, l'infection syphilitique diminue de virulence à mesure qu'elle vieillit :

une huitième gestation s'annonce normale ; conduite à terme, elle donne un enfant vivant et bien portant. La neuvième et la dixième gestations furent également normales, avec de beaux enfants, — ce qui laisse présumer l'atténuation de la virulence d'une infection encore latente pourtant, puisqu'à la dixième gestation, on voit apparaître un gros placenta présentant des lésions nettement syphilitiques. Concurremment avec l'atténuation du virus syphilitique, s'étaient accentuées les manifestations tabétiques. Celles-ci, débutant après la naissance du cinquième enfant, apparurent d'abord dans l'articulation tibio-tarsienne gauche ; puis, dans l'articulation tibio-tarsienne droite. Enfin, à la naissance du sixième enfant, le genou droit était pris à son tour. — Plus d'avortements ; mais, par contre, aggravation des symptômes tabétiques : le tabes se confirme à mesure que la virulence spécifique paraît s'atténuer.

Il semble ainsi qu'il y ait contraste entre l'aggravation du tabes et l'amélioration de la natalité !

Si nous voulons résumer par des chiffres — et ce sera la conclusion de ce chapitre — tout ce qui vient d'être dit plus haut, nous aurons le résultat suivant :

Nos 25 observations de femmes tabétiques, ayant eu des gestations, donnent :

14 fausses couches.

3 fœtus macérés.

6 enfants prématurés qui moururent presque immédiatement.

17 enfants normaux qui décédèrent peu de temps après leur naissance.

42 enfants normaux qui vécurent.

Soit un total de 82 gestations dont 42 produisirent des enfants normaux qui vécurent, ce qui fait un pourcentage de 50,5 %.

Cette statistique montre de plus que le retentissement du tabes sur la fécondation n'est pas aussi grave que sur la gestation. C'est ainsi que 25 femmes tabétiques eurent 82 gestations, ce qui donne une moyenne de 3,21 gestations par femme. Ce chiffre encourageant mérite d'être retenu.

Pour Grenier de Cardenal, la stérilité des femmes tabétiques atteignait déjà, en 1903, le chiffre impressionnant de 33 %. Il dépasse aujourd'hui 50 %.

On voit que les nouvelles observations n'ont pas amélioré la statistique. A quoi donc attribuer cette aggravation ?

On pourrait, à première vue, penser qu'il s'agit d'une défaillance de la thérapeutique. Il n'en est heureusement rien et il est plus logique d'affirmer que cette aggravation apparente de la statistique n'est due qu'au progrès accompli dans l'établissement du diagnostic. Le tabes fut, pendant longtemps, une affection méconnue, souvent même insoupçonnée par un grand nombre de praticiens ; et c'est à l'amélioration des méthodes de recherches qu'il faut attribuer une plus grande fréquence du diagnostic de tabes aussi bien qu'un plus grand nombre d'observations de femmes tabétiques.

CHAPITRE III

La descendance des femmes tabétiques avant et après l'éclosion des tabes

De tout ce que nous venons d'exposer, il ressort que le tabes dorsalis intervient dans la fécondation comme dans l'évolution de la gestation et qu'il diminue, dans une assez grande proportion, la faculté reproductrice des femmes tabétiques, — soit en empêchant la fécondation, soit en arrêtant ou en troublant l'évolution de la gestation.

Etudions maintenant le produit de celles qui, malgré tous ces empêchements ou ces troubles, ont réussi et à être fécondées et à mener à terme leur gestation en donnant un enfant vivant. Déjà, en 1902, E. Raillard avait fait de cette étude le sujet de sa thèse. Mais, comme à cette époque la connaissance du tabes n'était ni aussi certaine, ni aussi complète qu'aujourd'hui, on peut y relever certaines erreurs. En outre, dans ses statistiques, il néglige de séparer nettement la descendance des hommes tabétiques de celle des femmes tabétiques, étudiant en bloc le produit d'un ménage tabétique, sans examiner aucunement si le tabes est paternel ou maternel. Il constate ce-

pendant que les enfants de tabétiques ne naissent pas, pour la plupart, porteurs de tares organiques incompatibles avec une longue existence. La mortalité chez ces enfants doit être, pense-t-il, attribuée aux maladies banales de l'enfance. — Il divise la descendance des tabétiques en deux catégories :

1° Celle née avant le début du tabes.

2° Celle née après le début du tabes.

La moyenne qu'il obtient dans les deux catégories, pour la descendance vivante, est presque identique : 1,52 pour la première ; 1,38 pour la seconde. Tout au plus est-elle un peu supérieure en ce qui concerne la première catégorie, celle née avant le début du tabes.

La descendance vivante totale chez les tabétiques — avant et après le début du tabes — est, pour lui, de 1,95, — chiffre qu'il considère comme absolument normal par rapport au chiffre démographique qui est de 1,92.

Il conclut que, sur 100 tabétiques (hommes ou femmes) :

31 n'ont aucune descendance ;

2 une descendance malade ;

67 ont une descendance saine.

Cependant, dans sa conclusion, il déclare que la natalité et la descendance vivante sont plus faibles après le début du tabes qu'avant. Il attribue ce fait aux troubles génitaux et au plus grand âge des procréateurs. Nous verrons ultérieurement que notre conclusion est en contradiction avec la sienne : mais il faut tenir compte ici de la grande difficulté de préciser la date d'apparition du tabes qui, pour les uns, débute par les douleurs des membres ou par des douleurs viscérales, — pour les autres,

par des symptômes fonctionnels passagers, gastriques ou oculaires. En réalité, le symptôme initial est variable avec les sujets.

Mlle Sandberg — qui a fait une étude très complète de la descendance des tabétiques — n'établit pas non plus la distinction entre le tabes paternel ou maternel. Sur onze cas de tabétiques, ayant eu en tout quinze enfants, — elle a trouvé que ces quinze enfants étaient vierges de toute tare héréditaire et présentaient les signes et l'apparence d'une santé parfaite ; à l'en croire, ils seraient même, en général, d'une intelligence vive. Elle est la première à affirmer que la mortalité des enfants de tabétiques est plus élevée pour ceux nés avant le début du tabes que pour ceux nés postérieurement à l'apparition des premiers symptômes tabétiques.

Pitres confirme cette assertion, toujours sans séparer le tabes paternel du tabes maternel. Il a eu l'occasion d'examiner un grand nombre d'enfants issus de tabétiques ou d'étudier des Observations faites par d'autres auteurs.

Il constate que sur 393 descendants de tabétiques, venus au monde *avant* l'explosion du tabes :

- 89, soit 23 %, étaient mort-nés ;
- 83, soit 21 %, sont morts prématurément ;
- 221, soit 56 %, sont vivants.

Des 90 enfants qui sont nés *après* l'explosion du tabes :

- 11, soit 12 %, étaient mort-nés ;
- 14, soit 16 %, sont morts prématurément ;
- 65, soit 72 %, sont vivants.

La comparaison de ces chiffres prouve que la cause de la léthalité qui frappe les descendants de tabétiques est antérieure à l'explosion du tabes chez les ascendants. Ce n'est donc pas le tabes qui est la cause réelle, le *primum movens*, de la mortalité chez les enfants de tabétiques, — mais plutôt la syphilis.

Plus les enfants d'une tabétique naissent à une date rapprochée de l'infection spécifique, plus ils sont exposés à succomber ou à rester débiles. Plus ils naissent à une date éloignée de l'époque de cette infection, plus ils ont de chances de vivre et d'être bien constitués. Pitres a examiné 286 rejetons issus de tabétiques parmi lesquels plusieurs avaient dépassé la vingtième année, quelques-uns atteint la trentième et d'autres même la trente-cinquième année. Aucun d'eux n'est atteint de tabes, ni de la maladie de Friedreich, ni d'aucune autre affection des centres nerveux. A part quelques très rares exceptions, ces sujets sont bien constitués et leur développement physique et intellectuel s'est fait normalement.

Bassuet, dans un travail assez complet sur la descendance des tabétiques, donne les chiffres suivants d'enfants issus de tabétiques :

26 enfants nés avant le tabes, dont 15 morts ;

14 enfants nés après le tabes, dont 7 morts.

Mortalité avant le tabes : 57,69 %.

Mortalité après le tabes : 50 %.

Ce qui confirme absolument les chiffres précédemment donnés par Pitres.

Mais il n'a pas fait, lui non plus, la distinction entre le tabes paternel et le tabes maternel. L'analyse de ses

observations démontre, en outre, que, dans une même famille, les derniers enfants sont vivants et les premiers morts. Autrement dit : les enfants ont d'autant plus de chances de vivre que le tabes des géniteurs est plus accusé. Ce qui est encore plus important, c'est qu'il a constaté que les enfants nés après l'éclosion du tabes ne sont pas plus tarés du système nerveux que les enfants de tabétiques nés avant l'éclosion du tabes. C'est même l'inverse que l'on observe ; et c'est parmi les enfants engendrés avant l'apparition du tabes qu'on rencontre les tares nerveuses les plus évidentes et les plus accentuées. Là donc, comme pour la léthalité, c'est l'agent le plus voisin chronologiquement, et dont l'action commence à s'atténuer quand le tabes lui-même est plus développé, c'est-à-dire la syphilis, qui doit être rendue responsable.

Il admet aussi l'existence d'une prédisposition nerveuse chez les descendants de tabétiques, et cite quelques cas indubitables de tabes héréditaire, cas qui diffèrent de la maladie de Friedreich. On attribuerait aujourd'hui ces états morbides à l'action du virus spécifique neurotrope.

Milian, dans les *Archives Générales de Médecine*, en 1905, apporte ses documents personnels dans l'étude de la descendance des tabétiques et conclut dans le même sens que son élève Bassuet.

En 1910, Mme Gaussel-Ziegelmann, étudiant dans l'*Obstétrique*, les rapports du tabes avec la puerpéralité, est la première à donner une statistique portant uniquement sur les enfants conçus par une mère atteinte de tabes. Après avoir analysé les observations de femmes tabétiques ayant conduit des gestations, elle arrive à un

total de 68 grossesses, dont 41 avant le tabes et 27 après le début de la maladie chez les mêmes femmes.

Elle trouve :

Avant le tabes :

6 avortements (15 %).

23 enfants mort-nés ou morts en bas âge (56 %).

12 enfants qui ont survécu (29 %).

Après le tabes :

4 avortements (15 %).

5 enfants mort-nés ou morts prématurément (18 %).

18 enfants vivants, se développant bien (67 %).

En ne tenant compte que des enfants qui ont survécu longtemps, nous trouvons une proportion de 29 %, soit à peine 1/3 avant le tabes, et 67 %, soit 2/3 après le tabes.

« Le tabes », dit-elle, « n'a en lui-même aucune influence sur le sort de l'enfant ; la léthalité relativement élevée (33 %) au cours de la grossesse ou dans les premiers temps qui suivent la naissance, est le fait de la syphilis ; elle n'est pas plus élevée que chez les syphilitiques en dehors de toute maladie nerveuse. Ce qui prouve l'influence de la syphilis, c'est que les grossesses avant le tabes, c'est-à-dire à une phase où la syphilis est plus jeune, ont une mortalité fœtale ou infantile bien plus élevée : 71 % dans notre statistique ».

En ce qui concerne l'état pathologique des enfants vivants issus de femmes tabétiques, elle confirme qu'ils ne présentent pas de tares originelles les rendant plus aptes à réaliser certaines maladies, en particulier les maladies

nerveuses, en opposition avec l'affirmation curieuse de Heitz qui admettait pour ces enfants une prédisposition à devenir des dégénérés, des dystrophiques. Elle reconnaît par contre que ces enfants restent exposés aux tares que crée la syphilis, au même titre que tous les descendants de syphilitiques, mais que le tabes ne semble pas par lui-même, exagérer cette hérédité pathologique.

Strack de Nancy, dans sa thèse en 1912, a étudié 21 observations de femmes tabétiques ayant eu des gestations qui se terminèrent par les résultats suivants :

10 enfants bien portants ;

8 enfants morts en bas âge ;

1 fausse-couche ;

1 macéré.

Ce qui donne une moyenne de :

47 % enfants vivants ;

38 % morts en bas âge ;

15 % de fausses couches et mort-nés.

La récente observation étudiée par Mme Chatelin-Peltier indique que l'enfant, né de la femme tabétique, était bien portant à sa naissance, sans lésions ni cicatrices cutanées ou muqueuses. Son crâne était normal ; pas de gros foie ni de grosse rate. L'évolution dentaire se faisait bien (4 dents). Malheureusement, l'enfant élevé au biberon dans une salle d'hôpital était un petit hypotrope qui succomba à la première infection, à l'âge de onze mois. La mère présentait un tabes qui avait débuté huit ans avant sa dernière gestation, par des douleurs dans les membres inférieurs. On voit que, dans ce cas encore, une tabétique avérée avait produit un enfant normal. La

malade présentée par M. Pelosof dans sa thèse, en juillet 1921, mit au monde une enfant vivante du poids de 2140 grammes, bien conformée. L'enfant ne présentait aucun stigmate de syphilis ; il fut mis au sein de sa mère et augmenta régulièrement de poids ; mais le treizième jour, l'enfant mourut de convulsions sans cause apparente, en l'espace de deux heures. Cette malade avait vu apparaître son tabes en 1913, débutant par de la faiblesse des jambes accompagnée de douleurs. Sa dernière gestation, éloignée de sept ans du début de son tabes, avait produit un enfant normal qui mourut malheureusement d'une affection banale de la première enfance.

Nous rappellerons enfin l'observation de la Clinique Baudelocque que nous présentons au début de cette étude : une série de trois avortements successifs en : novembre 1911, août 1912, juillet 1913, indique manifestement une infection syphilitique récente ; jusque-là, la malade n'a présenté aucun signe de tabes. Une nouvelle gestation se produit qui se termine à terme en novembre 1914, en donnant un enfant bien portant, bien constitué. C'est alors qu'apparaissent les premiers signes du tabes. La malade, tout en voyant son tabes s'aggraver, pourra néanmoins mettre au monde ultérieurement deux beaux enfants, bien constitués et qui vivront.

L'ensemble des observations et des chiffres que nous venons d'apporter, nous semble avoir suffisamment démontré quel était le retentissement du tabes sur les enfants de tabétiques. Nul, ou presque nul, pour les enfants conçus après l'apparition, l'explosion des manifestations tabétiques, il semble s'exercer plus fâcheusement sur les

enfants conçus avant tout début de tabes, ce qui paraît bien impliquer plutôt l'action novice du tréponème neurotrope de Schaudinn dont la virulence est d'autant plus grande que l'infection est plus récente.

L'étude que nous venons de faire a clairement établi le retentissement considérable qu'a le tabes sur la fonction de reproduction, et les troubles nombreux et importants que cette affection apporte tant dans la facilité de fécondation de la femme que dans l'évolution normale de la gestation et aussi son influence néfaste sur la natalité.

Diminution de la fécondité, grand nombre d'avortements et d'accouchements prématurés, mortalité importante chez les nouveaux-nés de tabétiques : tel est le bilan que nous offre cette étude.

Avec la propagation de la syphilis, triste séquelle de la guerre, il va malheureusement falloir compter, dans un avenir peu éloigné, sur une recrudescence du tabes avec toutes ses conséquences, notamment chez la femme. Et, cependant, la nécessité d'améliorer la natalité s'impose. Quelle sera donc, pour le médecin, pour l'accoucheur, la

conduite à tenir en présence d'une femme enceinte, atteinte de tabes ? Il n'y a plus d'hésitation à avoir aujourd'hui : car le tabes ne saurait être, à lui seul, une cause de dystocie, pas plus que la gestation ne saurait mettre en danger l'existence de la tabétique. Il faut donc, tout en la surveillant, laisser évoluer la gestation et ne jamais songer à l'interrompre. Puisque nous savons que les tabétiques produisent de beaux enfants, les efforts de l'accoucheur devront tendre vers ce but : un accouchement à terme. Pour l'atteindre, la simple expectation serait souvent insuffisante et le médecin devra nécessairement intervenir pour instituer une thérapeutique appropriée, même si la lésion médullaire est déjà à un stade avancé.

« Tabes dorsalis » proprement dit « syphilis cérébro-spinale », — dénomination que proposent certains auteurs allemands (1) qui entendent donner ainsi une définition plus large du tabes ou « Meningo-myélite postérieure syphilitique » (2) des auteurs français, — puisqu'il s'agit, comme l'a démontré Noguchi (présence de tréponèmes dans les cordons postérieurs — réaction de Wassermann positive chez les tabétiques non traités) d'une affection incontestablement syphilitique, attribuée maintenant au virus neurotrope, la lutte contre ce virus, c'est-à-dire le traitement spécifique s'impose ; et c'est surtout sur lui qu'il faudra compter pour obtenir une amélioration de la natalité chez les femmes tabétiques.

Plus, il sera précoce, plus il sera efficace ; et c'est avant tout par la précocité du traitement, fonction de la pré-

(1) A. BOEHME. — *Munchener med. Wochens.* 1916, p. 1632.

(2) LEREDDE. — *Domaine de la Syphilis*. Paris Maloine 1921.

cocité du diagnostic que l'on pourra obtenir un rendement meilleur dans l'activité génératrice de la femme tabétique. C'est par la stérilisation de la syphilis initiale que l'on pourra avoir l'espoir de diminuer le nombre des tabétiques.

Les moyens que possède la thérapeutique moderne dans la lutte contre la syphilis déclarée justifient pleinement cet espoir.

Mais il y a mieux et nous pensons que c'est par une prophylaxie extrêmement rigoureuse que nous pourrons le mieux combattre cette redoutable maladie.

Nous ne dirons plus comme Kraft-Ebing : « Civilisation and Syphilisation go hand in hand. » Mais plutôt : La Civilisation contre la Syphilisation !

Vu : *Le Président de Thèse,*
COUVELAIRE.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

CONCLUSION

I. — Le tabes est une cause de frigidité.

II. — La descendance vivante des tabétiques est plus nombreuse et plus saine après l'éclosion du tabes qu'avant l'apparition des symptômes tabétiques.

III. — En conséquence, la gestation chez la tabétique ne doit pas être interrompue pour cause de tabes, mais un traitement antisiphilitique doit être institué et énergiquement poursuivi avant, pendant et après la gestation.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE et GRENIER DE CARDENAL. — *Accouchements indolores et crises douloureuses de faux accouchements dans le tabes.* (*Prov. méd.*, 22 Sept. 1906, p. 446.)
- ALLAN. — *Painless labour.* (*Brit. med. Journ.*, London, 1906, p. 446.)
- ALLEN E.-M. — *Coincident pregnancy and tabes dorsalis.* (*Journ. améric. Med. Assoc.*, Chicago, 1917, LXIX, p. 979.)
- BASSUET M. — *La descendance des tabétiques.* (*Thèse*, Paris, 1904-05, n° 125.)
- BOEHME A. — *Münchener med Wochenschrift*, 1916, p. 1632.
- BRAILLON. — *Accidents gravido-tabétiques.* (*Clinique*, Paris, 1912, p. 788.)
- CHATELIN-PELTIER (M^{me}). — *Un cas d'accouchement indolore chez une tabétique.* (*Thèse*, Paris, 1920-21.)
- COHN. — *Eine Geburt bei vorgeschrittener Tabes dorsalis.* (*Centralbl. für Gynækol.*, 1902, n° 16.)
- CONZEN. — *Uteruskrisen bei Tabes.* (*Neurol. Centralbl.*, Leipzig, 1901, p. 18.)
- DUFOUR et COTTENOT. — *Coexistence du tabes chez une malade et de syphilis chez son enfant nouveau-né.* (*Bull. et Mém. Soc. med. des Hôpitaux de Paris*, 1908, p. 953.)
- DUFOUR et COTTENOT. — *Tabes et grossesse.* (*Revue neurol.*, Paris, 1908, p. 1345.)
- ESHNER A. — *Conjugal Tabes dorsalis.* (*Journ. Am. med. Ass.* Chicago, 1911, p. 1797.)
- FLEUR J.-F. — *Two cases of Tabes dorsalis in woman pregnancy and in labour.* (*Tijdschr. van prakt. verlosk.*, 1919-20, p. 355.)

- FRÜHINSHOLZ et REMY. — *Tabes et puerpéralité*. (*Annales de Gynækol. obstétric.*, 1912, p. 144.)
- GAUSSEL-ZIEGELMANN (M^{me}). — *Tabes et puerpéralité*. (*Obstétrique*, Paris, 1910, p. 540.)
- GRENIER de CARDENAL. — *Rapports du tabes avec la grossesse et l'accouchement*. (Thèse, Bordeaux, 1903.)
- HEITZ J. — *Grossesse et accouchement chez les tabétiques. Anesthésies radiculaires et profondes*. (*Gaz. hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, Paris, 1902, p. 646.)
- HUDOVERING. — *Tabes of married couples*. (*Medic. Press. and Circ.*, London, 1906, p. 507.)
- HECKWOLF F. — *Ein Fall von Tabes dorsalis mit Gravidität*. (*Wiener klinische Rundschau*, 1912, p. 465.)
- HUET. — *Accidents gravido-tabétiques*. (Thèse, Lille, 1912-13.)
- IRVING. — *Painless labour*. (*Brit. med. Journ.*, London, 1906, p. 787.)
- JAKUB. — *Schwangerschaft ü geburt bei Tabes dorsalis*. (*Centralblatt für Gynækol.*, Leipzig, 1911, p. 1273.)
- LEREDDE E. — *Traitement du Tabes*. (Paris, Maloine, 1918.)
- LEREDDE E. — *Domaine de la syphilis*. (Paris, Maloine, 1921.)
- LICHKUS L.-G. — *Accouchement compliqué de Tabes dorsalis*. (*Vratch.*, Saint-Petersbourg, 1885, VI, p. 268.)
- MEDAIL. — *Ataxie locomotrice. Grossesse intercurrente. Mort. Autopsie*. (*Bull. de la Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 1885, p. 231.)
- MEDAIL. — *Ataxie locomotrice progressive à évolution rapide; début par des troubles vésicaux; grossesse intercurrente; douleurs fulgurantes; mort; autopsie*. (*Journ. de Médecine de Bordeaux*, 1886-87, XXI, p. 28.)
- MENDEL U. TOBIAS. — *Die Tabes der Frauen*. (*Monatsschrift für Psych. u. Neurol.*, Berlin, 1912, XXXI, p. 135.)
- MENDEL. — *Die Tabes bei weiblichem Geschlecht*. (*Neurol. Centralblatt*, 13 Janv. 1901, p. 19.)
- MILIAN. — *Facultés viriles, fécondité et descendance des tabétiques*. (*Arch. générale de Médecine*, Paris, 1905, p. 65.)

- MIRABEAU. — *Schwangerschaft u. Geburt bei vorgeschrittener Tabes dorsalis.* (Centralbl. f. Gynækol., Leipzig, 1902, n° 5, p. 125.)
- PELOSOF S. — *Rapports du tabes avec la puerpéralité.* (Thèse, Paris, 1920-21.)
- PITRES. — *Tabes et mariage. Étude sur la fécondité des tabétiques et l'avenir de leur descendance.* Congrès international de médecine de Madrid, 1903 (Journal de Médecine de Bordeaux, 12 Juil. 1903.)
- POUJOL. — *A propos de la loi d'alternance dans la grossesse syphilitique.* (Bull. méd., Paris, 1912, p. 489.)
- POURREYVON A. — *Tabes conjugal et tabes hérédosyphilitique.* (Thèse, 1902.)
- RAILLARD. — *Descendance des tabétiques.* (Thèse, Bordeaux, 1902.)
- SANDBERG (Melle). — *La descendance des tabétiques.* (Thèse, Paris, 1903.)
- STRACK J.-G. — *Tabes et puerpéralité.* (Thèse, Nancy, 1912-13.)
- THIESS J. — *Tabes dorsalis und Gravidität.* (Centralbl. f. Gynækol., Leipzig, 1906, p. 569.)
- THIESS J. — *Tabes dorsalis und Schwangerschaft.* (Charité Annalen, Berlin, 1910, p. 582.)
- THOMAYER. — *Marriage in Tabes.* (Casop. lék. česk. v. Praze, 1911, 1-1-3.)
- THROCKMORTON. — *Conjugal Tabes dorsalis.* (Journ. Amer. med. Ass., Chicago, 1916, p. 1389.)
- WILSON T. — *A case of locomotor ataxy.* (Prov. Med. and Chir. Soc., London, 1895.)
- WOLF. — *Über Schmerzlose Geburtwehen.* (Arch. f. Gynækol., Berlin, 1906, p. 402.)
- YOUNG W.-J. — *Painless labour.* (Brit. med. Journ., London, 1906, p. 859.)
- ZACHARIAS P. — *Eine Geburt bei vorgeschrittener Tabes dorsalis.* (Münchener med. Wochenschrift, 1907, p. 321.)
-

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, Boulevard Saint-Germain

